

значимым ( $p = 0,034$ ). Таким образом, можно сделать вывод, что наличие сахарного диабета 2 типа потенцирует развитие тяжелых форм артериальной гипертензии в несколько более раннем возрасте.

### **Выводы**

У пациентов пожилого и старческого возраста наличие сахарного диабета 2 типа является важным фактором, не только способствующим более частому формированию артериальной гипертензии, в том числе – развитию более тяжелых форм АГ, но и развитие АГ на несколько лет ранее, чем у пациентов с нормальным метаболизмом глюкозы. В целом это потенциально увеличивает риск развития тяжелых осложнений. Также отмечена несколько более высокая распространенность стенокардии напряжения у пациентов с СД 2 типа.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Драккина, О. М. Особенности артериальной гипертензии у пожилых пациентов / О. М. Драккина // Рус. мед. журнал. — 2010. — № 22. — С. 1384–1389.
2. Клиническая эндокринология: рук-во / под ред. Н. Т. Старковой. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2002. — 576 с.
3. Смирнов, В. В. Артериальная гипертензия у больных сахарным диабетом / В. В. Смирнов, И. С. Мавричева, А. Е. Гаврилова // Русский мед. журнал. — 2009. — № 11. — С. 340–344.
4. Пристром, М. С. Артериальная гипертензия у пожилых: особенности терапии и реабилитации / М. С. Пристром, С. Л. Пристром, В. Э. Сушинский. — Минск: Беларус. навука, 2012. — 267 с.

УДК 618.14-006.36-089.163

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ЛУПРИД-ДЕПО» В ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ**

*Гельдымамедов Ч. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Корбут**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Миома матки — это доброкачественная опухоль, возникающая в мышечном слое матки — миометрии. Предполагающими факторами являются: генетическая предрасположенность, повышенная концентрация эстрогена и прогестерона в крови [1]. Факторами риска являются: курение, алкоголь, ожирение, употребление красного мяса и генно-модифицированных продуктов.

Показанием к оперативному лечению являются большие размеры миомы, быстрый рост, а также наличие сопутствующей гинекологической патологии и бесплодия [2]. В случае необходимости выполнения операции у пациентки репродуктивного возраста необходимо максимально бережная и атравматичная техника, что может быть достигнуто при уменьшении объема миоматозных узлов накануне операции.

### **Цель**

Оценить эффективность предоперационной подготовки при миоме матки.

### **Материал и методы исследования**

Изучено 46 историй болезни пациентов Гомельской областной клинической больницы с диагнозами «миома матки» за 2014 и 2015 гг. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета «MS Excel» и программы «Statistica» 6.0. качественных признаков путем вычисления  $Me (25; 75 \text{ процентилей})$ , количественных признаков —  $n, p \pm sp \%$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Обследовано 18 пациентов, проанализировано 46 историй болезни пациенток поступившие в гинекологическое отделение с диагнозом миома матки, которые проходили курс терапии «Луприд-Депо», из них поступали трижды или четырежды. Мы учитывали возраст, анализы, размер и количество узлов, кратность приема и сопутствующие заболевания. Возраст пациентов  $Me (25; 75 \%)$  — от 25 до 42 лет (35,3). Размеры узлов были от 0,5 см до 13,5 см, количество — от 1 до 5. Соматический анамнез был отягощен соматоформной ве-

гетативной дисфункцией у 1 (5,6 ± 5,6 %) женщины, хроническим гастритом также у 1 (5,6 ± 5,6 %) пациентки. В структуре генитальной патологии преобладало бесплодие — у 6 (33,3 ± 11,4 %) обследованных, и эрозия шейки матки — у 5 (27,8 ± 10,9 %) человек, киста яичника — у 1 (5,6 ± 5,6 %) и эндометриоз — у 3 (16,6 ± 9 %) женщин. Исходя из методики, пациентки поступали для инъекций препарата несколько раз: на 1 инъекцию — 1 пациент, на 2 инъекции — 8 пациентов, 3 инъекции получили 8 пациентов, а 4 — 1 пациентка. После однократного введения регресс узлов на 39,5 % у был 7 пациентов, после двух инъекций на 48,2 % у 3 пациентов. У 1 пациентки после третьей инъекции не было выявлено уменьшения размера миоматозных узлов, еще у 1 пациентки размер узла уменьшился на 47,8 % и у 1 пациентки — на 38,7 %. Миомэктомия выполнена у 4 женщин, одной при поступлении 4-й раз, 2-м пациенткам в 3-й раз и 1 пациентке во 2-й раз после курса лечения с «Луприд-Депо». Препарат дал эффективность уже в первом введении примерно на 42,3 % 5 пациентам. У 2-х пациенток назначение Луприда не привело к уменьшению миоматозных узлов, однако уменьшило васкуляризацию, что привело к снижению интраоперационной кровопотери. У 6 (33,3 ± 11,4 %) пациенток значимого эффекта на размер миоматозных узлов выявлено не было, однако было выявлено снижение их васкуляризации, что уменьшило интраоперационную кровопотерю.

### **Выводы**

Таким образом, препарат является эффективным для уменьшения объема узлов и уменьшения объема интраоперационной кровопотери. Однако, не смотря на это, необходим тщательный подбор пациентов, соблюдение методики лечения.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гинекология: учебник / Б. И. Баисова [и др.]; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 432 с.
2. Единичный экземпляр [Электронный ресурс] / Википедия. — Режим доступа: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Миома\\_матки](https://ru.wikipedia.org/wiki/Миома_матки).
3. Исследовано в Европейской клинике [Электронный ресурс]: многопредмет. науч. журн. / Европейской клиники. ин-т. — Электрон. журн. — Режим доступа: [http://www.aif.ru/health/life/mioma\\_matki\\_prichiny\\_simpatomy\\_lechenie](http://www.aif.ru/health/life/mioma_matki_prichiny_simpatomy_lechenie).

**УДК 616.322-002-079.4:[616.9+615.859**

## **ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТОНЗИЛЛИТОВ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ**

*Гельдымамедов Ч. А.*

**Научный руководитель: д.м.н., доцент В. М. Мицура**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Тонзиллит (ангина) — острое воспаление компонентов лимфатического глоточного кольца, чаще всего небных миндалин, вызываемое стрептококками или стафилококками, реже другими микроорганизмами [1]. В общей клинической практике чаще всего встречаются тонзиллиты как проявление острых респираторных вирусных инфекций [2, 3]. При остром первичном тонзиллите клиническая картина проявляется различной степени выраженности болью в горле при глотании, признаками общей интоксикации, гиперемией и отеком миндалин, которые могут быть покрыты различными налетами, регионарным лимфаденитом [1]. Стрептококковая ангина начинается с боли в горле и резкого повышения температуры тела до 39–40 °С (иногда до 41 °С). Боль в горле, как правило, сильная и резкая, особенно при глотании. Увеличиваются регионарные лимфатические узлы, которые становятся болезненными при пальпации [2]. Для диагностики стрептококкового тонзиллита, который обязательно должен лечиться антибиотиками в течение 10 дней, за рубежом широко используются «быстрые тесты» на стрептококковый антиген [3].